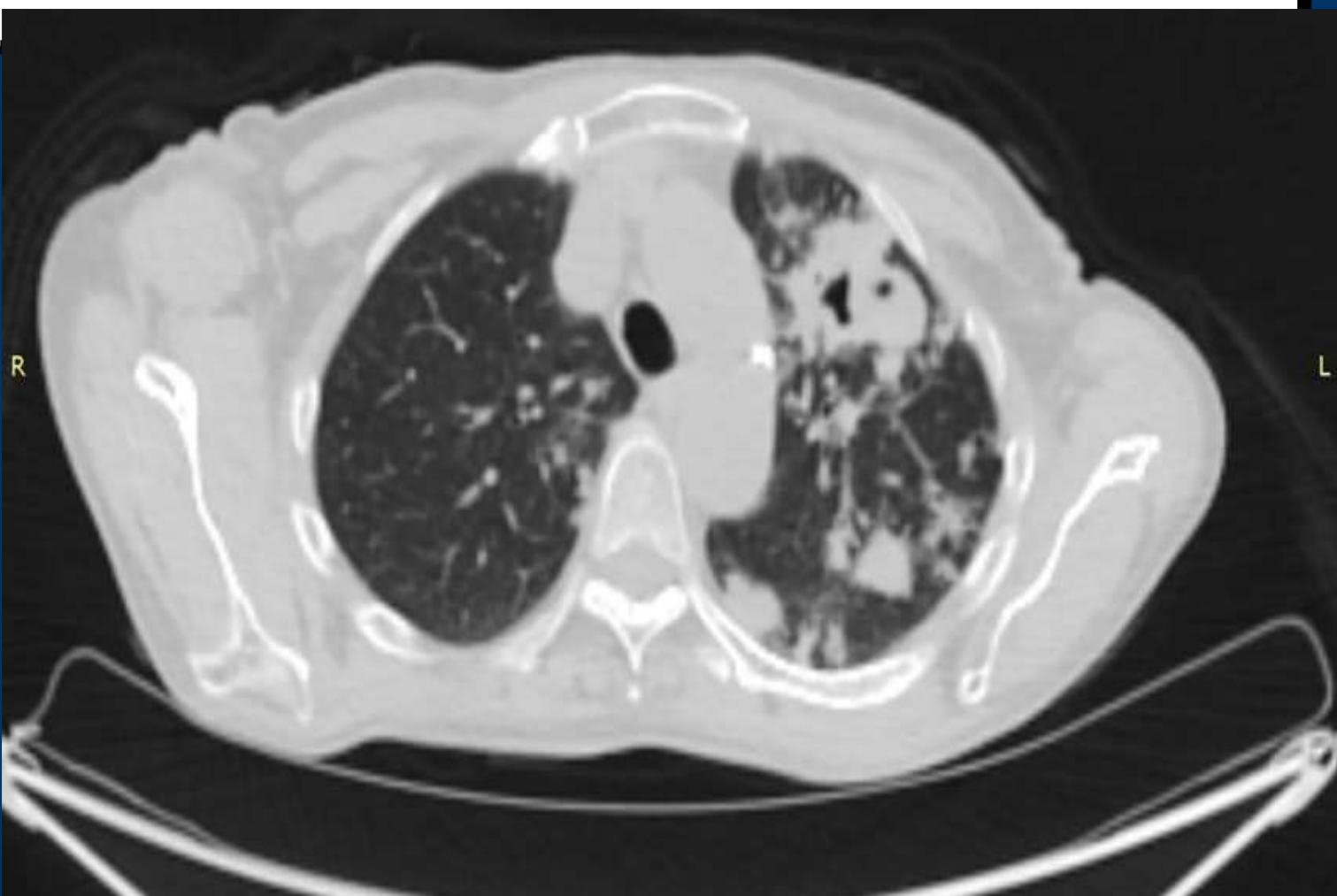
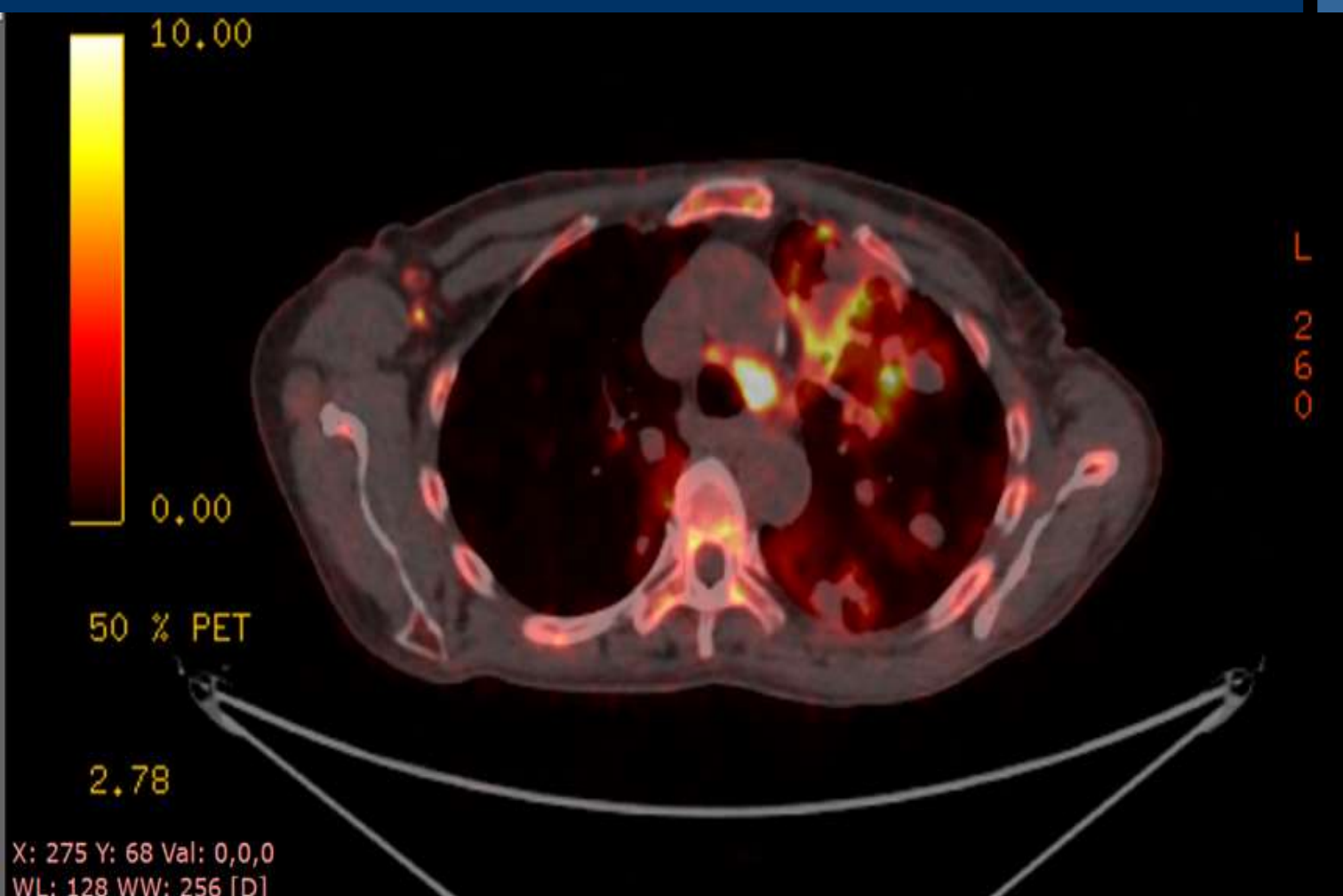


ΚΟΙΛΟΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ ΜΕ ΘΕΤΙΚΗ ΜΑΝΤΟΥΧ. ΕΧΕΙ ΘΕΣΗ Η ΚΡΥΟΒΙΟΨΙΑ ΤΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ;

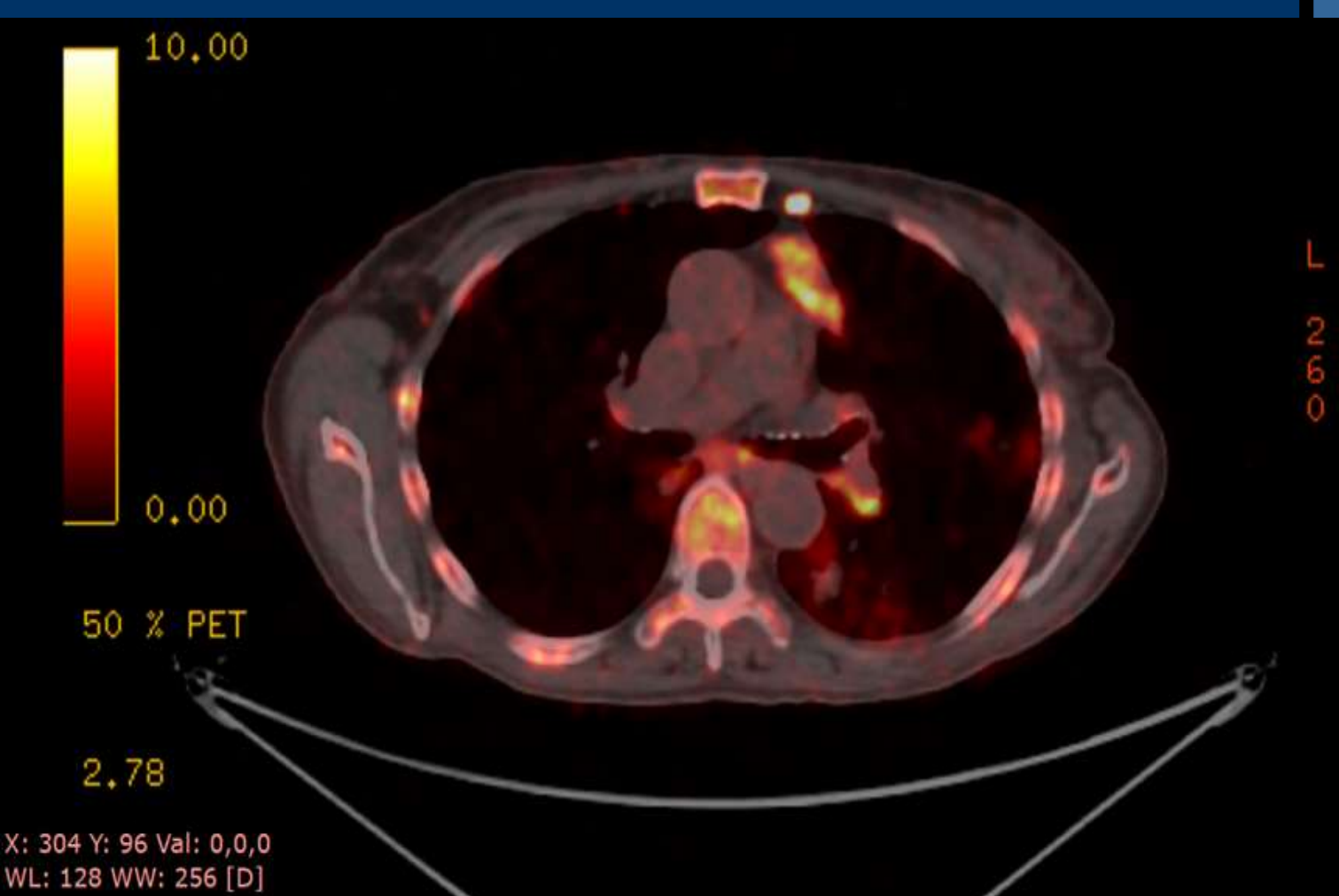
Μπακάκος Αγαμέμνων¹, Ζανέλη Σταυρούλα¹, Κουκάκη Ευαγγελία¹, Παπαβασιλείου Κωσταντίνος¹, Χολίδου Κυριακή¹, Αναγνωστόπουλος Νεκτάριος¹, Στρατάκος Γρηγόρης¹
¹ Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Αθήνα, Ελλάδα



Εικόνα 1. CT θώρακος



Εικόνα 2. PET CT



Εικόνα 3. PET CT

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Μπακάκος Αγαμέμνων
Α' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική
ΕΚΠΑ
Email: agabak@med.uoa.gr
Phone: +306972455781

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ασθενής 78 ετών, μη καπνίστρια, παραπέμφθηκε στην κλινική μας λόγω ξηρού βήχα από διμήνου και συνοδού απώλειας σωματικού βάρους (10 κιλά). Η ασθενής δεν ανέφερε πυρετό, απόχρεμψη ή άλλα συνοδά συμπτώματα.

Σε αξονική τομογραφία θώρακος αναδείχθηκαν πολλαπλές οζώδεις βλάβες διαφόρων μεγεθών και στους δύο πνεύμονες (AP>ΔΕ), ορισμένες εκ των οποίων με κεντρική κοιλοποίηση, ιδίως στον αριστερό άνω λοβό (ΑΑΛ), καθώς και μία μεγαλύτερη βλάβη στον ΑΑΛ διαστάσεων 6,5×3cm (Εικόνα 1). Επιπλέον, σε PET-CT αναδείχθηκε αυξημένη πρόσληψη FDG σε μεσοθωρακικούς λεμφαδένες (σταθμοί 4L, 7, 11L), καθώς και αυξημένη πρόσληψη στο σπλήνα, στο μυελό των οστών και στις οζώδεις βλάβες που είχαν περιγραφεί στην αξονική τομογραφία (Εικόνες 2–3).



Εικόνα 4. Ενδοβρογχική Νεκρωτική Αλλοίωση στον ΑΑΛ

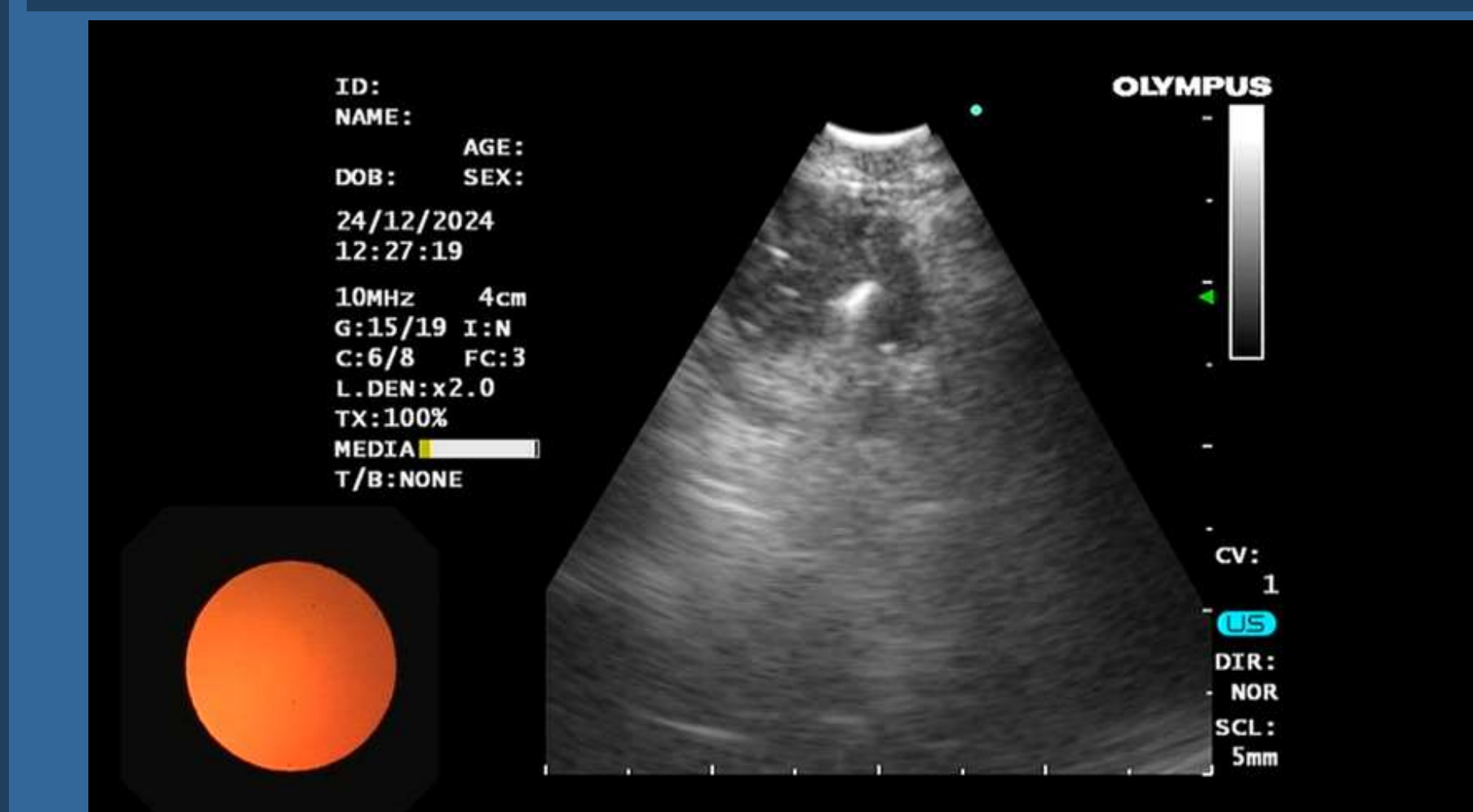
Κατά την εισαγωγή της στην κλινική, η ασθενής ήταν απύρετη, και από τον εργαστηριακό έλεγχο είχε φυσιολογικό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων και αρνητική CRP. Οι καλλιέργειες πτυέλων για κοινά μικρόβια και β-koch ήταν αρνητικές. Λόγω της παρουσίας κοιλοτικών βλαβών πραγματοποιήθηκαν Mantoux και QuantiFERON, οι οποίες ήταν και οι δύο θετικές, ενώ ο έλεγχος για HIV ήταν αρνητικός.

Με βάση τα εργαστηριακά και απεικονιστικά ευρήματα, κρίθηκε απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση της λεμφαδενοπάθειας μεσοθωρακίου με βρογχοσκόπηση, κατά την οποία αναδείχθηκε νεκρωτική ενδοβρογχική βλάβη στον πρόσθιο του ΑΑΛ (LB3) (Εικόνα 4). Επειδή η βλάβη αντιστοιχούσε στην περιοχή της κοιλοποίησης στην αξονική τομογραφία και ο κίνδυνος αιμορραγίας ήταν αυξημένος, δεν ελήφθησαν ενδοβρογχικές βιοψίες από το συγκεκριμένο σημείο. Ακολούθως, πραγματοποιήθηκε EBUS-TBNA στους σταθμούς LN7 και LN4L. Η pROSE ανέδειξε αφθονία λεμφοκυττάρων, εύρημα ύποπτο για λεμφοϋπερπλαστικό νόσημα.

Σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες και πρόσφατα δημοσιευμένα δεδομένα, σε περιπτώσεις ασαφούς διάγνωσης με υποψία λεμφώματος ή TB, συστήνεται η κρυοβιοψία μεσοθωρακίου (TMC), καθώς τα δείγματα από EBUS-TBNA συχνά είναι μη διαγνωστικά. Ως εκ τούτου, πραγματοποιήθηκε TMC στη θέση LN7 με χρήση κρυοδίου διαμέτρου 1,1 mm (Εικόνα 5).

Τα δείγματα washing για TB ήταν θετικά στη χρώση Ziehl–Neelsen και συνεπώς η ασθενής ξεκίνησε θεραπεία με ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη και εθαμβουτόλη. Αποφασίστηκε να μη χορηγηθεί πυραζιναμίδα λόγω υψηλού κινδύνου ηπατοτοξικότητας εξαιτίας της προχωρημένης ηλικίας, παρά το γεγονός ότι τα δεδομένα σχετικά με την ηπατοτοξικότητα της πυραζιναμίδης σε ηλικιωμένους παραμένουν αντικρουόμενα.

Η τελική ιστολογική έκθεση των δειγμάτων EBUS-TBNA ήταν μη διαγνωστική, ενώ αντίθετα τα ιστολογικά υλικά της TMC επιβεβαίωσαν τη διάγνωση λεμφώματος του μανδύα (cloak cell lymphoma). Με αυτόν τον τρόπο τέθηκε η ταυτόχρονη διάγνωση λεμφώματος του μανδύα και φυματίωσης στην ίδια ασθενή.



Εικόνα 5-6. Κρυοβιοψία Λεμφαδένων Μεσοθωρακίου



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το παρόν περιστατικό αναδεικνύει την κλινική σημασία και τη διαγνωστική ακρίβεια της TMC στα κοκκιωματώδη και λεμφοϋπερπλαστικά νοσήματα. Η μικροβιολογική διάγνωση ενεργού TB, από μόνη της, θα μπορούσε να εξηγήσει πλήρως τα συμπτώματα της ασθενούς αλλά δεν θα ήταν ακριβής. Αντίθετα θα ήταν παραπλανητική ως προς το συνυπάρχον λέμφωμα, οδηγώντας έτσι σε καθυστερημένη διάγνωση, αντιμετώπιση και πιθανώς δυσμενέστερη έκβαση για την ασθενή.

Η αξιοποίηση όλων των σύγχρονων βρογχοσκοπικών δυνατοτήτων είναι ζωτικής σημασίας, σε μία εποχή όπου η επεμβατική πνευμονολογία εξελίσσεται ραγδαία. Η βρογχοσκόπηση πρέπει να πραγματοποιείται από εξειδικευμένους ιατρούς που είναι σε θέση να χρησιμοποιούν όλο το φάσμα των διαθέσιμων εργαλείων αντιμετωπίζοντας και τα πλέον απαιτητικά περιστατικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. M.S. Mangold et al. Ultrasound-guided transbronchial cryobiopsy of mediastinal and hilar lesions: a multicenter pragmatic cohort study with real-world evidence, *BMJ open respiratory research* 11(1) (2024).
2. V. Poletti et al. EBUS-guided cryobiopsy in the diagnosis of thoracic disorders, *Pulmonology* 30(5) (2024) 459-465.
3. N. Corcione et al. Transbronchial Mediastinal Cryobiopsy Diagnostic Yield and Perioperative Patient Management: A Single Tertiary Center Experience, *Thoracic research and practice* 26(4) (2025) 183-190.
4. Z. Zhang et al. Endobronchial Ultrasound-Guided Transbronchial Mediastinal Cryobiopsy versus Endobronchial Ultrasound-Guided Transbronchial Needle Aspiration for Mediastinal Disorders: A Meta-Analysis, *Respiration; international review of thoracic diseases* 103(7) (2024) 359-367.